



et les récépissés à l'adresse suivante :

Fonds d'indemnisation médicale  
Fund

Veillez renvoyer le formulaire dûment complété

NYS Medical Indemnity

c/o AliCare  
P.O. Box 5441  
White Plains, NY 10602-5441  
Fax: (212)844-7796

## Fonds d'indemnisation médicale de New York Formulaire de demande de remboursement des déplacements

Nom du/de la participant(e) : \_\_\_\_\_

N° d'identification du/de la participant(e) : \_\_\_\_\_

Motif du déplacement (indiquez le nom des personnes qui se sont déplacées avec le/la participant(e)) :  
\_\_\_\_\_

*Cochez les cases correspondantes dans la liste ci-dessous*

Dates du déplacement	Type de transport <i>(entourez chacune des options correspondantes)</i> Car, Van, Train, Avion, Ambulance	Indiquez les hébergements de nuit nécessaires (le cas échéant)	Frais d'essence associés au déplacement (le cas échéant)	Indiquez toute dépense supplémentaire associée à ce déplacement	Coût
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$

**VOUS DEVEZ JOINDRE TOUS LES DOCUMENTS JUSTIFICATIFS**

COÛT TOTAL \$ \_\_\_\_\_

JE CERTIFIE QUE LES INFORMATIONS FOURNIES SONT EXACTES ET QU'AUCUN DE CES ARTICLES N'A ÉTÉ REMBOURSÉ, PARTIELLEMENT OU DANS SA TOTALITÉ, PAR TOUTE AUTRE SOURCE.

JE CONFIRME ÉGALEMENT N'ATTENDRE AUCUN REMBOURSEMENT DE TOUTE AUTRE SOURCE.

Relation avec le/la participant(e) : \_\_\_\_\_

Nom en caractères d'imprimerie : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_